

COMPARAISON
ENTRE LA
RÉSECTION DU NERF OPTIQUE

ET

l'Énucléation dans le Traitement de l'Ophthalmie Sympathique

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 Juillet 1891

PAR

Gustave-Joseph-François MARCHAL

Né le 23 Janvier 1864, à Badonviller (Meurthe).

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président*.
CHARPENTIER, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1891

COMPARAISON
ENTRE LA
RÉSECTION DU NERF OPTIQUE
ET
l'Énucléation dans le Traitement de l'Ophthalmie Sympathique

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le 25 Juillet 1891

PAR

Gustave-Joseph-François MARCHAL

Né le 23 Janvier 1864, à Badonviller (Meurthe).

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président*.
CHARPENTIER, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES, O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O, COZE ✱, I O

V. PARISOT ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O, ROUSSEL ✱, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. SCHMITT A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A O, professeur.
	M. NICOLAS, agrégé, A O, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	<i>Vautrin</i>
Clinique des maladies des enfants.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.
GUÉRIN.

MM. RENÉ, A O.
NICOLAS, A O.
VAUTRIN.

MM. SIMON, A O.
REMY.
P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION

A MA GRAND'MÈRE

A MA TANTE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH
DOYEN DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROHMER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PARISOT

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Malgré tous les efforts tentés jusqu'ici pour remplacer, dans le traitement de l'ophtalmie sympathique, l'énucléation par une opération moins radicale et produisant une mutilation moins sérieuse, on n'est pas encore arrivé à trouver un procédé offrant la même sécurité. Poursuivant ces tentatives, M. de Wecker vient de proposer un nouveau traitement ; la résection du nerf optique.

C'est ce dernier procédé que nous allons étudier afin de pouvoir, connaissant sa valeur, le comparer à l'énucléation.

Voici quel est le plan que nous adoptons dans cette étude :

Dans le premier chapitre nous ferons rapidement l'historique des traitements proposés jusqu'aujourd'hui, et des différentes idées pathogéniques qui ont été émises.

Dans le second chapitre nous donnerons le manuel opératoire de la résection et nous passerons en revue les accidents de l'opération.

Dans le troisième chapitre nous étudierons la valeur clinique de la résection.

Enfin dans le quatrième nous comparerons les

deux procédés qui se trouvent en présence aujourd'hui.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à témoigner à M. le professeur agrégé Rohmer qui nous a donné l'idée de ce travail et guidé de ses excellents conseils, l'expression de notre sincère gratitude.

Que M. le professeur agrégé Parisot veuille bien accepter ici l'assurance de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le temps que nous avons passé à sa clinique.

Merci enfin à nos amis Richard et Thorion dont l'aide nous a été fort utile.

HISTORIQUE

Quoique l'ophtalmie sympathique ne soit pas connue depuis bien longtemps, puisqu'elle n'est entrée dans le cadre nosologique que depuis les travaux de Demours (1), en 1818, de nombreuses méthodes ont déjà été proposées pour combattre cette redoutable maladie ; mais la plupart, jugées par l'expérience, sont, après une durée éphémère, retombées dans un juste oubli.

Sans avoir de connaissances bien exactes sur la pathogénie de cette affection, l'on savait cependant que la cause de la sympathie réside dans le premier œil ; aussi Wardropp (2) proposa-t-il, en 1819, de vider le contenu de cet œil, par une large incision de la cornée.

En 1858, White Cooper (3) propose un procédé plus complet : l'énucléation, qui fut pratiquée pour la première fois par Pritchard (4).

(1) Demours. Traité des maladies des yeux, 1818.

(2) Wardropp. *Morbid Anatomy of the Human Eye*, vol. II. p. 139, 1819.

(3) White Cooper. On wounds and injuries of the Eye. *Med. Times and Gaz.* 1853. p. 301.

(4) Pritchard. Des blessures de l'œil et de son extirpation. *Assoc. med. Journal.* Oct. 1854.

Mais un procédé aussi héroïque ne devait pas tarder à trouver de nombreux détracteurs. On chercha si des opérations partielles ne parviendraient pas à détruire toutes les influences nocives de l'œil tout en conservant le plus possible de cet organe. Les nouvelles idées que l'on avait sur la pathogénie de la maladie justifiaient d'ailleurs jusqu'à un certain point les tentatives des chirurgiens.

Tarignot (1) s'élevant contre la théorie de Mackenzie (2), qui pensait que l'inflammation se transmettait par le nerf optique, regarde le corps ciliaire et l'iris comme l'origine exclusive des accidents.

Cette théorie donne naissance à deux nouveaux procédés : l'iridectomie proposée en 1856 par A. de Graefe, et l'amputation du segment antérieur de l'œil, pratiquée pour la première fois par Watson (3) en 1862. Les résultats peu satisfaisants de ces deux méthodes ne tardèrent pas à les faire délaisser.

En 1866, de Graefe (4), s'appuyant sur les travaux de Arlt et de Müller, émit l'idée de substituer

(1) Tavignot. Iritis sympathique. *Gaz. des Hop. de Paris*. 1849, p. 496.

(2) Mackenzie. *Traité des maladies des yeux*. Traduct. Laugier, 1844.

(3) Watson. *Med. Times*, 1862. T. II. p. 681.

(4) De Graefe. *Archiv. für Ophth.* T. XII. 1866. Zur Lehre der ophthalmie sympathischen.

à l'énucléation du bulbe la section des nerfs ciliaires.

Ces auteurs (1) avaient en effet montré par des dissections attentives que, lorsque les accidents sympathiques éclatent, le nerf optique est atrophié complètement et remplacé par un cordon fibreux, tandis que les nerfs ciliaires conservent en partie leur structure et leur aspect normal.

Pagenstecher (2) et Czerny (3) vinrent, par leurs recherches, confirmer ces idées et dès lors il fut admis que l'affection sympathique se propageait par les nerfs ciliaires.

Meyer en 1867 mit l'idée de Graefe à exécution, et fut suivi dans cette voie par Lawrence de Londres (4) et Secondi de Gênes (5) qui obtinrent un certain nombre de guérisons.

Les essais se multiplièrent, mais le succès fut de courte durée, et les travaux de Mooren et de Alt de New York venant montrer que la propagation de l'ophtalmie sympathique pouvait se faire aussi bien par le nerf optique que par les nerfs ciliaires, la névrotomie fut abandonnée.

Mais elle avait préparé la voie à un procédé

(1) Müller. Comparaison de l'atrophie des nerfs ciliaires et optiques. Archiv. für. ophth. T. IV. p. 367.

(2) Pagenstecher. Arch. für ophth, 1862.

(3) Czerny. Bericht über die Wiener Augenlinik. 1867.

(4) Lawrence. Lancet 1868, n° 14.

(5) Secondi. Giornale d'ophth. ital. 1868 et Ann. d'oc.

plus complet : la névrotomie optico-ciliaire dont l'idée première revient à Rondeau (1). Cette opération ne fut pratiquée pour la première fois qu'en 1876 par Boucheron (2).

Vulgarisée en France par Dianoux de Nantes (3) Abadie, etc, en Allemagne par Schœler (4), la névrotomie optico-ciliaire fut trouvée bientôt insuffisante, et Poncet de Cluny (5) vint expliquer les insuccès de ce procédé en montrant histologiquement la régénération des nerfs sectionnés.

Pour empêcher cette régénération, Meyer proposa au congrès de Milan en 1880, la résection d'une partie des nerfs ciliaires et du nerf optique, qui était déjà pratiquée depuis deux ans par Schweigger, Pflüger, etc.

Dans le but d'éviter les accidents de méningite qui peuvent survenir après la névrotomie ou l'enucléation, de Graefe (6) a proposé en 1884 l'exentération qui ne tarda pas à être condamnée par la plupart des auteurs.

Mais les travaux des bactériologistes montrant que toute inflammation est due à des microorga-

(1) Rondeau. Thèse de Paris. 1886. p. 123, 152.

(2) Boucheron. Gaz. med. 1876. et Ann. d'oc. LXXVI, p. 238.

(3) Dianoux. De l'énervation du globe de l'œil. J. de méd. de l'Ouest, 1879.

(4) Schœler. Berl. Klin. Wochenschrift. 1878, n° 45.

(5) Poncet. Progrès médical. 1880.

(6) De Graefe (de Halle). Enucleatio oder Exenteratio. Versamml. der deutsch. Naturforscher u. Aezte Magdeburg 1884.

nismes vinrent modifier encore une fois la théorie de la propagation de l'ophthalmie sympathique. et contribuèrent à remettre en honneur les idées de Mackenzie tout en les modifiant quelque peu. Déjà Leber (1) disait en 1881 : « Je suis convaincu que si l'inflammation sympathique est infectieuse, la transmission ne peut se faire que par le nerf optique. »

Deutschmann (2) par des expériences probantes entreprises depuis 1882 vint confirmer les vues de Leber.

Il injecta dans le nerf optique d'un lapin le produit d'une culture d'*aspergillus glaucus*. Deux ou trois jours après, il observa une papillite et huit ou dix jours plus tard une papillite semblable dans l'autre œil. L'inflammation s'était donc propagée le long du nerf optique par le chiasma, mais nulle part, il ne put trouver de spores d'*aspergillus* ; ils s'étaient enkystés sans proliférer à l'endroit même où ils avaient été injectés. Ils n'avaient donc agi que chimiquement ou mécaniquement comme corps étrangers.

Le résultat fut le même pour ceux injectés dans le corps vitré.

De nouvelles expériences faites en injectant

(1) Leber. Graefes' Archiv. 27. I. P. 327.

(2) Deutschmann. Graefes' Archiv. für ophth. t. XXVII, XXX, XXXI et Ueber die ophthalmia migratoria.

simplement de l'huile de croton vinrent prouver que l'on avait seulement une action chimique se propageant par le chiasma, mais n'amenant que des accidents sympathiques de courte durée et n'ayant jamais la gravité de ceux qu'on observe en clinique et qui certainement doivent être dus à la pullulation de l'agent septique lui-même.

Pour prouver ce fait, Deutschmann eut l'idée d'injecter dans le corps vitré une culture de staphylococcus aureus. Il obtint alors une violente inflammation du premier œil se propageant jusqu'à l'autre où l'on retrouvait les micrococcus en abondance. Ces résultats furent confirmés par l'examen microscopique des yeux énucléés. Dans les yeux énucléés pour enrayer une ophthalmie sympathique Deutschmann trouva des micrococcus et des diplococcus qu'il peut cultiver.

Enfin, ce qui augmenta encore la valeur de ses travaux, c'est que dans tous les cas où il put recueillir du liquide dans la chambre antérieure d'un œil atteint d'iritis sympathique, il constata la présence de diplococcus et de micrococcus donnant des cultures semblables à celles du staphylococcus aureus.

Cependant les expériences entreprises dans la suite par Mazza, Gifford, Randolph, etc. ne donnèrent pas toutes les mêmes résultats que celles de Deutschmann ; et au congrès de Berlin de 1890,

le rapport fait sur l'ophtalmie sympathique n'apporte pas encore la démonstration absolue et certaine de la transmission exclusive par les voies lymphatiques du nerf optique.

C'est en s'appuyant sur ces données encore quelque peu hypothétiques que M. de Wecker a proposé en octobre 1890 la résection du nerf optique.

RÉSECTION DU NERF OPTIQUE

MANUEL OPÉRATOIRE. — ACCIDENTS

Venue à une époque où la théorie de la transmission nerveuse de l'ophtalmie sympathique était encore admise par tout le monde, la résection du nerf optique n'était qu'une simple modification apportée à la névrotomie optico-ciliaire, dans le but d'interrompre sûrement la voie de communication nerveuse entre les deux yeux. C'était en effet, dans cette intention, que Schweigger l'avait substituée depuis 1878 à l'énervation. C'est aussi pour empêcher toute régénération des nerfs sectionnés que Meyer et Pflüger (1) préconisèrent en 1880 au Congrès de Milan la résection d'une partie des nerfs ciliaires et du nerf optique.

Les travaux de Deutschmann, en donnant à l'ophtalmie sympathique une origine infectieuse, et en montrant que la transmission se faisait par les gaines lymphatiques du nerf optique, vinrent renverser la théorie nerveuse. Mais loin d'enlever de la valeur au procédé de Schweigger, cette nou-

(1) Compte-rendu du Congrès de Milan 1880. Ann. d'oc. T. LXXXIV.

velle manière de voir devait au contraire lui 'apporter une nouvelle force.

En effet, si c'est par la gaine du nerf optique que l'ophtalmie se transmet, en réséquant une partie du nerf et par conséquent de sa gaine, on interrompra la voie de communication et on apportera un obstacle à l'envahissement de la maladie. Telle est l'opinion de Schweigger qui, publiant en 1885 le manuel opératoire de son procédé, dit (1) : « Je pense qu'une résection bien
« faite donne de meilleurs résultats que l'énucléation. On comprend très bien qu'il se présente
« une inflammation sympathique après l'énucléation, si celle-ci n'est faite lorsque le processus
« inflammatoire a atteint les vaisseaux lymphatiques ; c'est à cause de cela qu'il est nécessaire
« de couper le nerf aussi près que possible du trou
« optique. »

Le manuel opératoire qu'il indique est le suivant :

« La conjonctive et la capsule de Tenon sont divisées à peu près à trois millimètres en arrière de l'insertion du muscle droit interne ; on met à nu le muscle et, après avoir introduit tout d'abord un crochet à strabisme courbé, plat et mousse, non boutonné, on en introduit un second semblable. En attirant les crochets en sens opposés, l'un

(1) Schweigger. Archiv. f. Augenheilkunde T. XV p. 60 1885.

s'insinue dans l'angle d'insertion du muscle et renverse l'œil en dehors, l'autre soulève le muscle de l'orbite. On introduit au-dessous de ce crochet une aiguille munie d'un fil de catgut à travers le muscle et la conjonctive, et on fait sortir de nouveau tout près à travers la conjonctive et le muscle. On divise alors le muscle au moins à cinq millimètres de son insertion et on noue le fil. Un second fil semblable est passé et noué à travers le tendon et la conjonctive, vers l'extrémité antérieure du muscle. On élargit alors la plaie vers le droit inférieur et supérieur, on implante un petit crochet double et pointu dans la sclérotique aussi loin que possible en arrière, et on attire l'œil autant qu'on le peut en avant et en dehors. Maintenant, on pénètre avec des ciseaux courbes sur le plat le long de l'orbite, on recherche le nerf qui se sent comme un cordon tendu et qu'on sectionne aussi près que possible du trou optique. Au moyen du double crochet, on fait subir à l'hémisphère postérieur de l'œil une évolution en avant, on sectionne le moignon du nerf optique adhérent au globe, au ras de son insertion, on dégage alors aussi l'insertion des muscles obliques et on rase toute la surface postérieure de l'œil. Enfin on réintroduit l'œil à sa place et on ferme la plaie à l'aide des fils qu'on avait placés au début de l'opération. Finalement on suture la fente palpébrale avec

quelques fils de soie. Trois fils suffisent pour vaincre l'exophthalmie due à l'épanchement sanguin, qui, si on négligeait cette précaution, pourrait devenir assez désagréable. Après quatre jours ce danger a cessé, et les sutures qui, ayant traversé les paupières supérieure et inférieure avaient pendant ce temps déjà habituellement coupé la peau, sont enlevées. »

Ce procédé dans lequel on fait presque l'énucléation de l'œil, puisque celui-ci ne reste fixé que par trois muscles droits et la conjonctive à ses attaches normales, est assez difficile à exécuter, aussi ne fut-il guère employé que par son auteur.

Pagenstecher de Wiesbaden qui, depuis 1885, a aussi recours à la résection, supprime la section des muscles obliques et la suture des paupières. Son procédé a été publié par son aide M. Scheffils(1).

« La conjonctive est incisée au-dessus de l'insertion du muscle droit interne et le muscle soulevé avec le crochet à strabisme. Un fort fil de soie, dont chaque bout porte une aiguille, est placé à travers le muscle dont on détache le tendon tout près de son insertion, et on donne le fil qui retient le muscle à un aide qui, par une légère traction renverse ce muscle vers le nez. On dégage ensuite, autant que cela est possible, la cap-

(1) Scheffils. Klin. Monatsblätter. T. XXVIII, p. 228, 1890.

sule de Tenon vers les droits supérieur et inférieur ainsi que postérieurement. Souvent, il faut ici dégager amplement, lorsqu'on se trouve en face d'adhérences inflammatoires. On implante alors un petit crochet double dans la sclérotique, suivant une ligne concordant exactement avec le méridien horizontal et aussi loin que possible en arrière; on attire le globe oculaire à l'aide du petit crochet, tout à fait en dehors et en avant et l'on palpe, avec la pointe des ciseaux courbes, introduits fermés, le nerf optique tendu. Dès qu'on l'a trouvé, on écarte les branches des ciseaux que l'on pousse en arrière, afin de sectionner le nerf le plus loin possible. Il survient une hémorrhagie modérée. Au moyen du petit crochet, on fait alors rouler la partie postérieure du globe de l'œil et l'on soulève hors de la capsule de Tenon, sans secousse et sans efforts, en s'aidant des ciseaux, le nerf optique. Dès qu'il l'aperçoit, l'aide saisit son extrémité centrale avec la pince à crochet et l'attire fortement. Grâce à cette manœuvre, l'hémisphère postérieure du globe oculaire se trouve complètement en avant. On coupe ensuite le nerf optique tout près de la capsule sclérale, et l'on dénude, à petits coups de ciseaux, le pôle postérieur autant qu'il est accessible. Un dégagement des deux obliques, ainsi que le faisait Schweigger, n'est pas nécessaire. Enfin, le globe oculaire est réduit et

roulé en dedans et en arrière par l'assistant qui se sert à cet effet de la pulpe du doigt. Le tendon du droit interne est alors attaché à l'aide de deux aiguilles à la sclérotique et au besoin on réunit encore la plaie conjonctivale par une ou deux sutures. »

La résection, telle que la pratiquent Schweigger et Pagenstecher ne s'est guère acclimatée dans le pratique ohthalmologique et les principales causes en sont les suivantes : La difficulté de l'exécution contrairement à l'extrême facilité de l'énucléation est une des raisons qui se sont le plus opposées à la propagation de ce genre de résection nerveuse. En second lieu, l'incertitude où l'on était de se voir exposé à en arriver à l'énucléation quand même, si une très grande propulsion du globe se produisait par suite d'une hémorrhagie après la section du nerf optique ; comme aussi la crainte de voir par ce vaste dégagement du globe oculaire, l'œil devenir phtisique, ont été des perspectives qui ont peu souri aux praticiens pour les engager à ce genre d'opération.

Pour éviter ces inconvénients, M. de Wecker a proposé en octobre 1890 un procédé qui n'est qu'une modification de celui de Schweigger.

S'appuyant sur les travaux de Deutschmann (1), il admet d'abord comme absolument prouvé que :

(1) De Wecker. Le traitement de l'ophthalmie sympathique. Ann. d'oc. T, CIV. p. 212, 1890.

« 1° L'unique voie lymphatique rattachant directement un œil à l'autre est celle qui accompagne les nerfs optiques le long de leur parcours et du chiasma ;

« 2° L'unique cause capable de provoquer l'ophtalmie sympathique est une infection ;

« 3° Comme il s'agit d'une infection de l'œil qui transmet son inflammation au congénère, c'est par la seule voie reliant un œil à l'autre que s'opère le transport des matières infectantes.

« 4° Comme l'influence nerveuse n'a plus à intervenir directement dans aucun processus inflammatoire, il faut aussi mettre hors de cause dans l'ophtalmie sympathique ou migratrice, les nerfs sensitifs ou autres. »

Partant de là, il n'y avait donc plus à toucher ni aux nerfs ciliaires, ni aux adhérences de l'hémisphère postérieur comme le faisait Schweigger ; il suffisait de s'attaquer à la seule voie lymphatique allant d'un œil à l'autre, en un mot il fallait se borner à la résection pure et simple du nerf optique. Tel est le procédé que propose M. de Wecker.

Déjà moins sérieuse pour la vitalité de l'œil que le procédé de Schweigger, puisque le traumatisme est moins considérable et que l'organe est privé de moins d'éléments de nutrition, la résection simple offrait encore certaines difficultés opératoires que M. de Wecker a essayé d'éliminer autant que

possible à l'aide des instruments spéciaux qu'il emploie.

Ils sont au nombre de trois : double crochet, crochet articulé et ciseaux compresseurs.

Le double crochet (1) n'est qu'un crochet à strabisme, formé de deux pièces qui glissent l'une sur l'autre et s'emboîtent par leurs parties recourbées à la façon d'un brise pierre entre les dents duquel le tendon du muscle est saisi.

Le crochet articulé (2) se compose de deux branches indépendantes qui isolées, rappellent assez la forme d'un crochet à bottines aminci et qui, réunies, s'entrelacent de façon à former un anneau complet qui embrasse le nerf et ne peut en aucun cas lui permettre de s'échapper.

Enfin, les ciseaux compresseurs (3) sont une modification des ciseaux hémostatiques de Warlomont. Les ciseaux et l'appareil compresseur ne font qu'un, et comme volume, légèreté et aspect extérieur, ils ne diffèrent en rien des ciseaux ordinaires. Ils ont une courbure telle, que restant en place après la section, ils se replient sur le nez et ne gênent en rien le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire la suture conjonctivale pour le rattachement du muscle droit interne.

(1) De Wecker et Masselon. — Manuel d'ophtalmologie. Art. Avancement musculaire, p. 777.

(2) Loc. cit. — Art. distension du nerf optique, p. 709.

(3) De Wecker. — Trait. de l'opht. sympathique. Ann. d'oc., t. CIX. p. 216, 1890.

Le manuel opératoire de M. de Wecker qu'il a décrit lui-même dans sa communication du 4 novembre 1890 à la Société d'ophtalmologie est le suivant : (1)

« Je prends le muscle droit interne sur mon double crochet et je passe à travers le muscle une suture dont je laisse l'aiguille en place. Après avoir dégagé le tendon, je libère, avec une spatule recourbée sous le muscle, la capsule de Tenon vers le nerf optique. Comme pour la distension de ce nerf, je passe alors les branches de mon crochet articulé et dès que celui-ci se trouve exactement appliqué, je tiens solidement l'œil que je puis vigoureusement attirer en avant et renverser en dehors. Pendant que mon aide attire, au moyen de la suture, le muscle détaché vers le nez et entrebaille ainsi la plaie, je recherche avec mes ciseaux compresseurs, le nerf optique tendu. Après m'être bien renseigné sur son emplacement, j'ouvre les ciseaux, les pousse en arrière et je coupe le nerf aussi loin que possible. Cette section achevée, ce dont on est aussitôt averti par la secousse que transmet le crochet articulé, j'attire avec celui-ci, les ciseaux compresseurs étant laissés en place, le nerf sectionné qui apparaît au jour et je le saisis avec des pinces. Après avoir ouvert et enlevé le crochet

(1) De Luzarey. — Résection du nerf optique comme traitement préventif et curatif de l'ophtalmie sympathique. Th. de Bordeaux, 1890.

articulé, je résèque le nerf aussi près que possible du globe oculaire. On retourne alors l'œil et on place la suture pour rattacher le muscle à la conjonctive, mais sans serrer encore cette suture. Ce n'est qu'après une irrigation prolongée pendant une minute avec une solution de sublimé à 1/4000 que je retire les ciseaux compresseurs qui, repliés sur le nez par suite de leur courbure, ne gênaient en rien ni la résection ni l'application de la suture. Une fois les ciseaux retirés, on replace l'œil, on ferme rapidement la suture et on applique le bandeau compressif. »

Comme on le voit, le procédé de M. de Wecker diffère assez de celui de Schweigger. Non seulement il supprime la section des muscles obliques et la suture des paupières, mais il ne pratique plus l'abraseion du pôle postérieur et se contente de réséquer cinq à six millimètres du nerf optique, tandis que Schweigger conseillait de réséquer au moins dix millimètres. L'opération est ainsi beaucoup moins difficile à exécuter que la résection optico-ciliaire, et suivant son auteur : « elle n'est « guère plus vulnérante qu'une opération de strabisme et conserve au malade un œil fort présente au lieu de la mutilation hideuse que lui « inflige l'énucléation. »

Mais dans quelles circonstances, la résection du nerf optique doit-elle remplacer l'énucléation ?

M. de Wecker l'indique en exposant les différents cas qui peuvent se présenter cliniquement.

Dans tous les cas où une blessure de la région ciliaire d'un œil avec ou sans pénétration de corps étranger amène une disparition de la perception qualitative ou quantitative de la lumière, sans espoir aucun de rétablir une vision quelque peu utile pour le blessé, et la vision de l'autre œil étant intacte, il faut recourir à la résection comme traitement préventif de l'ophtalmie sympathique.

Si la vision est conservée, il faut par une cautérisation profonde et énergique de la plaie et par des pansements antiseptiques empêcher toute infection.

Mais lorsqu'un œil blessé a déjà amené des accidents sympathiques dans l'autre œil, quelle conduite doit tenir le chirurgien ? Mettant en premier lieu l'énucléation avec ou sans résection de la partie du nerf optique resté dans l'orbite M. de Wecker (1) dit ensuite : « Une seconde méthode serait
« de procéder à une simple résection du nerf optique, et d'insister tout particulièrement sur
« l'irrigation prolongée de l'extrémité orbitaire
« du nerf avec une solution de sublimé à 1 pour
« 1000 » et il ajoute : « Ce n'est que conditionnellement que j'ai cité cette résection qui ne doit

(1) Les indications de la résection simple du nerf optique. Ann. d'oc. T. C. V. p. 101, 1891.

« jamais être pratiquée lorsqu'on est maître de son
« malade et qu'on peut lui appliquer un traite-
« ment plus sûr et plus efficace. »

En un mot, la résection pure et simple du nerf optique doit remplacer l'énucléation comme traitement préventif de l'ophthalmie sympathique. Comme traitement curatif, on ne devra y recourir que lorsque le malade se refusera catégoriquement à l'énucléation.

Avant d'étudier la valeur de la résection comme traitement de l'ophthalmie sympathique nous allons passer rapidement en revue les accidents qui peuvent être imputés à l'opération.

Pendant l'opération. — On peut éprouver une certaine difficulté à séparer la conjonctive du globe oculaire dans les cas où une inflammation a amené des adhérences entre la conjonctive et la capsule de Tenon.

La perforation de la sclérotique peut être observée et rendre l'exécution des autres temps de l'opération des plus laborieuse sinon impossible (observation IX).

« Enfin une certaine difficulté du manuel opé-
« ratoire se présentera toujours pour la section du
« nerf optique que l'on doit atteindre assez en
« arrière pour pouvoir pratiquer la résection (1) ».

Après l'opération. — L'ecchymose des paupières, l'infiltration sous conjonctivale de sang

(1) De Wecker. Loc. cit.

sont des accidents fréquents, mais sans gravité et qui disparaissent rapidement.

Il peut arriver aussi que la suture du muscle sectionné ne prenne pas (observation VI, VII), et alors on a un strabisme persistant.

Hémorrhagie. — Les rapports des artères ciliaires postérieures avec le nerf optique sont tellement intimes qu'il est matériellement impossible de les éviter dans la section du nerf optique, aussi l'hémorrhagie est-elle la règle après l'opération. Malgré l'emploi des ciseaux compresseurs de M. de Wecker, elle est cependant encore suffisante pour produire une exophthalmie plus ou moins grande, qui, il est vrai, a toujours cédé rapidement à l'emploi d'une douce compression. Toutefois, elle peut être plus abondante, comme cela est arrivé une fois à M. de Wecker, et alors il est à craindre que le sang s'infiltrant dans le tissu cellulaire retro-oculaire ne produise une compression de l'œil suffisante pour en amener la destruction.

Jusqu'ici on n'a pas noté d'autres accidents dûs à la résection, mais elle n'a encore été faite que peu souvent, et il est possible, l'opération donnant un traumatisme assez semblable à celui de la résection optico-ciliaire quoique moins considérable, qu'il se produise comme dans ce dernier procédé des accidents inflammatoires du côté du bulbe et du côté de la loge retro-oculaire.

VALEUR CLINIQUE DE LA RÉSECTION DU NERF OPTIQUE

De date récente, la résection simple du nerf optique n'a encore été pratiquée que peu de fois, aussi ne rencontre-t-on qu'un petit nombre d'observations. Ces quelques observations sont cependant assez concluantes pour permettre de juger la valeur du procédé, surtout si on en rapproche celles de la résection optico-ciliaire.

OBSERVATION I

(*Thèse de Luzarey. Bordeaux 1890.*)

Jean B., 20 ans ajusteur, reçoit, en travaillant le 8 août dernier, un éclat d'acier dans l'œil droit. Il continua néanmoins son ouvrage pendant une demi-heure environ sans éprouver de douleurs bien vives, dormit assez bien la nuit suivante, mais au réveil trouva que son œil lui faisait grand mal. Il se rendit toutefois à son travail, mais s'aperçut bientôt que la vision était à peu près abolie dans l'œil blessé la veille. La douleur ne fit que s'exaspérer dans le courant de la journée, et le soir, il se décida à entrer à l'hôpital de Bayonne.

A son arrivée, nous trouvons le malade dans l'état suivant : Les paupières sont tuméfiées, la conjonctive très

enflammée, l'iris a complètement perdu son éclat et son velouté, l'œil en un mot est atteint de panophtalmie, et l'examen ophtalmoscopique rendu impossible par la tuméfaction des paupières et les douleurs violentes qu'éprouve le blessé; la plaie est encore très apparente, et les jours suivants ses bords se recouvrent de bourgeons charnus qui prolifèrent avec une grande rapidité. La vision est complètement abolie de ce côté; le corps étranger n'est pas demeuré dans l'œil.

Traitement : lavages antiseptiques, applications continues de glace pour prévenir le développement du phlegmon de l'orbite.

Les douleurs durent une semaine. Les menaces de phlegmon de l'orbite disparaissent, mais l'inflammation de l'œil suit son cours.

Vers le 10^e jour, l'inflammation diminue, les douleurs s'apaisent.

L'état de la vision ne s'améliore pas; le malade n'a même plus de perception lumineuse.

Le 20 avril on procède à l'excision des bourgeons charnus qui occupent les bords de la plaie et forment une sorte de bourrelet sur la conjonctive.

Le 6 septembre, un mois après l'accident. M. de Wecker constata l'existence d'une irido-choroïdite traumatique avec occlusion pupillaire complète. La plaie était cicatrisée le globe oculaire atteint de phtisie partielle, l'autre œil absolument sain.

Séance tenante, M. de Wecker pratiqua la résection simple du nerf optique. Le lendemain 7 décembre, les douleurs qui avaient été assez vives dans la soirée du 6, après l'opération, se calment d'une façon très notable.

Les 8 et 9 septembre, l'état de l'œil demeure des plus satisfaisants : ecchymose des paupières, pas d'exophtalmie.

Le 10, M. de Vecker enlève le point de suture conjonctivale. La petite plaie est cicatrisée, et le blessé peut imprimer à son œil malade les mêmes mouvements qu'à l'œil sain, mais au prix d'une certaine douleur.

Le 11 même état. Le malade éprouve encore quelque gêne en faisant exécuter à son œil des mouvements de latéralité.

Le 12, les douleurs ont à peu près disparu, l'ecchymose palpébrale a sensiblement diminué.

Même état le 13.

Les deux symptômes persistant encore s'amendent graduellement, et le blessé quitte l'hôpital le 20 septembre, quinze jours après son opération.

Dans cette observation, la résection ne nous semble pas avoir offert un bien grand avantage sur l'énucléation. L'œil déjà atteint de phthisie a beaucoup de chances pour continuer à s'atrophier, et le malade, loin de conserver un œil fort présentable, sera atteint d'une difformité assez grande qu'il ne pourra masquer que par le port d'un œil artificiel.

Il en est de même pour l'observation suivante.

OBSERVATION II

(*De Luzarey. Loc. cit.*)

Augustin Arostéguy, 4 ans.

Vers le mois de janvier dernier, cet enfant reçut dans l'œil un éclat de fer qui dut perforer les enveloppes de l'œil et arriver au contact du corps vitré. Un médecin ap-

pelé put extraire le corps étranger, mais l'enfant éprouva pendant longtemps des douleurs fort vives et la vision de cet œil fut abolie dès le premier moment.

Le jeune Arostéguy fut présenté à M. de Wecker le 9 septembre 1890, huit mois après son accident. L'organe blessé avait été frappé de dégénérescence. La phthisie du bulbe était assez accusée, mais l'œil gauche ne présentait aucun phénomène d'ophtalmie sympathique, l'œil anciennement blessé restant cependant sensible. L'indication était d'agir sans retard pour préserver sûrement l'organe encore sain.

L'opération fut faite le lendemain 10 septembre. Sans chloroformiser le malade, M. de Wecker pratiqua la ténotomie du muscle droit interne, sectionna le nerf optique après l'avoir préalablement saisi avec son double crochet entrelacé et, après avoir luxé le globe oculaire et amené la partie postérieure à l'orifice palpébral, réséqua le fragment du nerf encore adhérent à l'œil, sur une longueur de 4 millimètres.

Les suites immédiates de l'opération furent aussi simples que satisfaisantes. Les douleurs assez vives le premier jour diminuèrent dès le lendemain. L'ecchymose palpébrale se résorba très rapidement. L'exophtalmie fut insignifiante. Le 13 septembre, trois jours après son opération, le petit malade quittait l'hôpital. Il y revint les jours suivants pour se faire panser, et conserva quelque temps encore le bandeau compressif sur l'œil opéré.

Nous le revîmes pour la dernière fois le 18 septembre. Les douleurs avaient complètement disparu ainsi que l'ecchymose des paupières. L'enfant imprimait à son œil malade les mêmes mouvements qu'à l'œil sain. La petite plaie conjonctivale nécessitée par l'opération n'avait pas laissé de traces. Depuis deux jours le bandeau avait été enlevé.

OBSERVATION III

(*De Luzarey, loc. cit.*)

Salvador Arosena, 5 ans, fut atteint de la variole dans les derniers mois de 1889. A la suite de cette maladie, les parents s'aperçurent, disent-ils, que l'œil gauche de l'enfant devenait malade. La cornée était, en effet, atteinte de staphylôme qui se développait progressivement.

Le petit malade fut conduit à M. le Dr de Wecker le 10 septembre 1890. Le staphylôme alors complet, faisait saillie au dehors, et l'œil était entièrement perdu.

L'ophtalmie migratrice n'était pas à redouter, mais il pouvait survenir des phénomènes d'irritation sympathique. L'œil droit paraissant absolument sain, M. de Wecker se décida à intervenir et à pratiquer la résection du nerf optique.

L'opération décidée eut lieu le 13 septembre, le malade étant sous le chloroforme. L'enfant fut ensuite transporté à son domicile, où nous le vîmes les jours suivants.

La nuit qui suivit l'opération fut assez agitée ; le lendemain, 14 septembre, les douleurs étaient encore vives, l'œdème et l'ecchymose des paupières assez considérables ; l'œil faisait une forte saillie en dehors de l'orbite. Pansement maintenu en place par un bandeau compressif.

Ces divers symptômes, ecchymose, œdème, douleur, exophtalmie commencent à s'amender dès le lendemain. La douleur disparaît la première ; vient ensuite l'œdème qui est déjà insignifiant à partir du 17 septembre.

Le 20, l'ecchymose persiste, mais très légère ; l'œil qui a toujours été jusque là maintenu par un bandeau compressif, est complètement rentré dans son orbite : l'exoph-

thalmie a disparu à son tour. Nous enlevons le pansement.

Huit jours après l'opération M. de Wecker pratique une première ponction dans le globe oculaire, bientôt suivie de deux autres entre le 26 et le 30 septembre.

Le malade nous quitte enfin le 1^{er} octobre, conservant son œil staphylomateux, mais sans douleur ni exophthalmie.

Il eut mieux valu dans ce cas pratiquer l'énucléation, le but que se propose la résection, conservation d'un œil d'apparence normale, n'étant pas atteint. Un œil artificiel eut été bien moins disgracieux qu'un œil atteint de staphylôme persistant.

OBSERVATION IV

(De Luzarey. *Loc. cit.*)

L. L... 31 ans, musicien, reçoit le 4 octobre un coup de poing américain sur l'œil gauche et se présente à la clinique le 13 avec une rupture scléroticale longue de 15 millimètres, allant du bord supérieur de la cornée au-delà de l'insertion du droit interne, vers l'équateur de l'œil, qui se trouve affaissé et privé de son cristallin. Un large prolapsus de l'iris est excisé, et, après désinfection de la plaie on panse journellement avec de l'iodol et l'on applique un bandeau. L'œil, très sensible au début, devient moins irrité mais prive toujours le malade du libre usage de son autre œil, quoique celui-ci ne présente aucune anomalie et jouisse d'une acuité parfaite. Comme toute perception lumineuse est abolie dans l'œil blessé qui persiste à être irrité et

douloureux lorsque le malade fait mouvoir son œil sain, on se décide, de crainte que cette large plaie puisse donner ultérieurement lieu à une infection avec répercussion sur l'œil sain, à faire la résection du nerf optique.

L'opération fut pratiquée le 29 octobre.

L'intervention présentait quelques difficultés, en raison de l'adhérence de la capsule au voisinage de la plaie qui longeait le muscle droit interne, dont le tendon fut détaché après avoir été saisi sur le double crochet. On dégagait alors soigneusement le muscle adhérent à la sclérotique et on se contenta de passer une seule branche du crochet articulé au dessous du nerf optique. On put alors couper rapidement le nerf d'un coup de ciseau et renverser aisément l'œil en laissant les ciseaux compresseurs en place. Ce fut au moment de saisir le nerf optique avec les pinces que la plaie de l'œil s'entr'ouvrit et laissa échapper une assez grande quantité de liquide sanguinolent. Après résection de 5 à 6 millimètres du nerf, on plaça la suture du muscle, on retira les ciseaux et on put remplacer l'œil.

L'écoulement de sang fut très peu considérable, il y eut aussi fort peu d'exophtalmie. Le malade avait subi l'opération sans anesthésie avec simple instillation de cocaïne. Pas de douleurs après l'opération.

Le fil fut enlevé 4 jours après, et le 3 novembre, le malade présentait une parfaite motilité du globe oculaire sauf une faible réduction de l'adduction et pouvait être considéré comme guéri. Il a fait d'ailleurs remarquer lui-même qu'il avait maintenant le libre mouvement de ses deux yeux, sans éprouver la moindre sensibilité.

Ici nous retrouvons encore le même inconvénient que dans les premières observations. L'œil

conservé n'aura pas bel aspect. Déjà déformé, il s'atrophiera sûrement plus tard, et le seul avantage obtenu sera de permettre, plus facilement qu'après l'énucléation, le port d'un œil artificiel grâce à la grosseur du moignon.

OBSERVATION V

(*Docteur Kalt. Pratique médicale 1891.*)

Homme d'une soixantaine d'années, vigoureux, atteint depuis deux mois de perte totale de la vision de l'œil droit par irido-choroïdite survenue spontanément.

L'iris d'coloré était soudé par sa face postérieure à la cristalloïde, la pupille très rétrécie laissait entrevoir une cataracte. Une injection péri-kératique vive, et des douleurs péri-orbitaires et ciliaires violentes indiquaient une irido-cyclite en pleine évolution. Perte complète de la vision de cet œil.

L'ophtalmoscope ne décèle dans l'autre œil aucune lésion appréciable, le malade ne se plaignait que de phénomènes déjà décrits sous le nom d'asthénopie nerveuse.

La résection du nerf optique est pratiquée sur une longueur de 8 à 10 millimètres. Hémorragie modérée; l'exophtalmie ne fut pas assez prononcée pour empêcher la suture du tendon du droit interne.

Le malade ne se plaignit dans les jours qui suivirent que de très faibles rappels de ses névralgies. Huit jours après, l'œil n'était pas plus irrité qu'après une opération de strabisme ordinaire.

L'irido-choroïdite n'était pas guérie, mais elle évoluait sans douleur.

Le malade quitte le service 25 jours après, ne souffrant plus et avec un œil gauche absolument sain.

• OBSERVATION VI

(Recueillie à la clinique de Nancy. Inédite.)

Quinta, 29 ans, se présente le 7 novembre 1890, à l'hôpital de Nancy ayant sur l'œil droit une taie centrale, traumatique récente de la cornée, pour laquelle on lui fait une iridectomie optique.

Quelques jours après, le malade étant très indocile, la taie s'ulcère; il se produit une perforation de la cornée avec hernie de l'iris; il survient une irido-cyclite.

La vision étant complètement abolie dans l'œil droit et l'inflammation très douloureuse persistant malgré tout traitement depuis un mois ou six semaines, on fait la résection du nerf optique, le 26 décembre, et on cautérise la cornée.

Anesthésie par le chloroforme. Incision de la conjonctive à son côté interne, section du muscle droit interne dans lequel on a préalablement passé un fil de catgut. Avec le crochet à strabisme on accroche le nerf optique qu'on sectionne ensuite avec une paire de ciseaux courbes glissés le long du crochet.

Hémorragie intra-orbitaire amenant une proscidence notable de l'œil. Auparavant on avait réséqué à peu près 6 millimètres du nerf optique. On suture le droit interne à son tendon avec le fil de catgut, puis on cautérise la plaie cornéenne.

Pansement à l'iodoforme, bandeau compressif.

5 janvier 1851. — A partir du jour de l'opération les douleurs ont cessé.

Léger strabisme externe, la suture musculaire n'a pas pris. L'injection ciliaire a disparu.

Le malade quitte l'hôpital guéri mais avec un œil qui ne présente pas un bel aspect : la cornée affaissée est recouverte presque en totalité par une large taie ; la chambre antérieure est effacée, et l'œil est en léger strabisme externe ; le droit interne recolé n'a pas la totalité de son excursion.

OBSERVATION VII

(Recueillie à la clinique de Nancy. Inédite).

Madame Godot, 68 ans, se présente à la clinique avec une lésion datant de plusieurs années, ayant de temps en temps des poussées inflammatoires très douloureuses. On constate sur l'œil gauche une irido-cyclite chronique avec commencement d'atrophie du globe, localisé surtout au côté interne. La vision de cet œil est complètement abolie. Douleurs assez vives.

Œil droit normal.

Traitement prolongé pendant six semaines sans aucun changement. (Compresses chaudes, mercuriaux, atropine, saugsues, etc.).

Le 12 janvier 1891 on fait la résection du nerf optique sur une longueur de 6 à 7 millimètres. Hémorrhagie très peu abondante, il n'y a pas d'exophtalmie.

14 janvier. Les douleurs cessent. Ecchymose des paupières. Strabisme interne, le muscle n'est pas resté suturé.

19 janvier. La malade va très bien, n'a plus aucune douleur.

21 janvier. L'ecchymose des paupières diminue. Les mouvements de l'œil se font bien ; la malade quitte l'hôpital. L'aspect de l'œil est le même que dans l'observation précédente.

Dans ces observations dont cinq sont citées par leurs auteurs à l'appui de la résection, nous trouvons omis un point essentiel : la consécration de la guérison par le temps. Les malades en effet, ont été au plus surveillés pendant 25 jours. Ils sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris de l'œil opéré et ne présentant rien d'anormal du côté de l'autre œil ; mais peut-on affirmer que tout accident sympathique était écarté ? Le cas suivant publié par le D^r Trousseau dans la *Revue générale d'ophtalmologie* montre qu'une pareille affirmation serait hasardée et fait voir d'une façon bien nette le peu de valeur qu'on doit attribuer à ces observations publiées prématurément.

OBSERVATION VIII

(D^r Trousseau *Rev. gén. d'opht.* 31 mars 1891).

L'œil gauche de P. L., âgé de 38 ans, avait été, à plusieurs reprises, victime de traumatismes sérieux : une blessure causée par une pierre il y a six ans, puis 18 mois après, une sérieuse complication amenée par la pénétration d'un sarment de vigne, et ne cédant qu'à une intervention de M. Fieuzal, sur laquelle je n'ai pu recueillir de détails ; après quoi la vision définitivement perdue, tout

était rentré dans l'ordre ; il était survenu une longue période de calme durant 3 ans 1/2 à 4 ans.

Le 2 décembre 1890, le patient autrefois prévenu des dangers que pouvait courir son œil droit, si l'inflammation du gauche se réveillait, vient, tout inquiet, à la clinique me demander de lui enlever l'œil gauche, depuis plusieurs jours déjà devenu douloureux sans cause apparente.

Le moignon est en effet irrité, la plus légère pression éveille la douleur ; l'organe à peine diminué de volume est rouge, injecté, provoque des larmoiements. Il existe une violente cyclite ; comme altération apparente, je ne puis noter que la sclérose de la cornée, une légère dépression au niveau du bord cornéen inféro-interne, et l'effacement de la chambre antérieure.

L'œil droit larmoie de temps en temps, mais à part cela est absolument sain. La vision est normale.

L'œil étant peu déformé, ayant joui d'une longue période de calme, je jugeai le cas favorable à une résection du nerf optique qui, pour différentes raisons, ne put être pratiquée que le 12 décembre.

L'opération fut faite sans difficulté ; à part une légère protusion du globe qui ne dura que 3 ou 4 jours, les suites en furent simples. J'avais réséqué 4 à 5 millimètres du nerf. L'hémorrhagie post-opératoire n'avait pas été gênante. Bref, dix jours après, le malade pouvait être présenté en fort bon état ; les douleurs avaient disparu en même temps que l'irritabilité du moignon ; l'œil droit ne larmoyait plus, était sain. P. L. quittait la clinique le 1^{er} janvier 1891, et j'inscrivais un succès sur ma statistique.

L'orage devait éclater deux mois après, vers la fin de février, et cela, sans que le moignon ait réagi le moins du monde.

Le malade revient à la clinique le 1^{er} mars. La vue de l'œil droit devenu un peu rouge, commençait à baisser ; j'ordonnai des frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel. Celles-ci furent continuées régulièrement jusqu'au 21 mars, époque où je revis le patient qui, n'habitant pas Paris, n'avait pu se présenter plus tôt, malgré une grande aggravation de son état.

A cette date, l'homme ne pouvait plus se conduire, il comptait les doigts à 2 mètres ; l'œil droit était rouge, douloureux, la membrane irienne gonflée, changée de couleur, la pupille irrégulière, le corps vitré plein de flocons, l'œil presque irréclairable.

Je décidai l'énucléation qui fut pratiquée séance tenante.

Je trouvais en arrière du globe quelques petits caillots sanguins et une certaine quantité de liquide séreux. Je débarrassai la cavité au moyen d'une large irrigation de sublimé.

Les jours suivants, je fis faire des lavages au sublimé, ordonnai la continuation des frictions mercurielles et prescrivis l'atropine. L'état resta fort grave pendant 4 à 5 jours puis commença à s'améliorer, l'iris se dilatant bien, les flocons diminuant.

Le 4 avril, la pupille est très bien dilatée, les flocons sont assez peu nombreux pour que le fond de l'œil soit en partie éclairable, au point de distinguer la pupille et les vaisseaux, et fait capital, la vision presque nulle avant l'énucléation est remonté à 1/6.

Le 7 avril, le fond de l'œil s'éclaire avec la plus grande facilité, les flocons ont encore diminué, et l'acuité visuelle est remontée au chiffre de 1/3.

Elle a atteint 1/2 le 10 avril.

Ce cas montre combien les résultats éloignés de l'opération sont nécessaires pour permettre d'affirmer la guérison définitive. Si, comme dans nos sept premières observations, l'on s'en était tenu ici aux résultats immédiats qui étaient satisfaisants, et si le malade avait été perdu de vue, un nouveau succès était noté, tandis qu'au contraire on avait eu un insuccès complet.

Les statistiques publiées par les auteurs ne donnent guère que les résultats rapprochés de la résection, aussi n'est-il pas étonnant de ne rencontrer que peu de cas semblables à celui de M^r le D^r Trousseau.

Pflüger (1) cite cependant une observation où la résection du nerf optique ayant été faite, il fut obligé de recourir un an après à l'énucléation pour symptômes sympathiques menaçants.

D'autres fois l'ophtalmie sympathique s'est déclarée encore plus tôt après la résection. Dans les deux observations suivantes dues l'une à Clausen, l'autre à Schweigger, les accidents sympathiques se manifestèrent une fois 17 jours et une autre fois 12 jours après la résection.

(1) Pflüger. Clinique ophth du prof. Pflüger à Berne. Compte rendu pour les années 1879. 1880. Broch. in 8. pp. 123. Berne.

OBSERVATION IX

Traduite de l'Allemand (1)

D. Schn. 16 ans.

Dans le mois de février 1876, le malade étant enfant, se piqua l'œil droit avec des ciseaux. Il se présenta pour la première fois le 3 juillet 1876. A la partie interne de la cornée il existait une cicatrice longue de 4 millimètres, à laquelle adhérait l'iris. Synéchie totale antérieure. L'iris était très tirillé, le bulbe légèrement atrophié. Pas de sensibilité à la pression ; pas de douleurs spontanées.

3 août 1876. — Dans ces dernières semaines, le malade a eu des névralgies ciliaires périodiques. Légère injection péricornéenne. L'iris est très adhérent à la cornée, très tendu ; on conseille l'iridectomie.

1 avril 1885. — Depuis cinq semaines, il est survenu de nouvelles douleurs dans l'œil droit. Injection péricornéenne. Au bord supérieur de la cornée, commencement de staphylôme. La cicatrice de la cornée est enflammée. L'iris est parsemé de taches jaunâtres (pus). Bulbe non sensible à la pression. L'œil droit est larmoyant surtout le matin.

Œil gauche normal. V=I.

8 avril 1885. — Après anesthésie par le chloroforme, on fait la résection du nerf optique d'après le procédé de Schweigger. Exophtalmie assez considérable par suite de l'hémorrhagie. Cependant les trois sutures retiennent bien le bulbe. Pansement compressif.

(1) Clausen. Ein Fall von sympathischer ophthalmie trotz Résection des opticus. Inaug. dissert. Kiel 1886.

11 avril. — Les sutures sont détachées ; chémosis léger ; l'exophthalmie est encore assez prononcée.

18 avril. — Plus d'exophthalmie. Le malade quitte le lit.

25 avril. — L'œil gauche est légèrement rouge. Le malade se plaint de quelques douleurs.

La rougeur augmente le 26. Les douleurs sont les mêmes $V=I$. Le fond de l'œil est normal.

Traitement : Repos au lit. Ventouses. Atropine.

28 avril. — La rougeur diminue. Plus de douleurs. Le fond de l'œil est facile à explorer. Cependant la pupille est rouge et ses limites légèrement effacées. La rougeur diminue de plus en plus jusqu'au 1^{er} mai.

1^{er} mai. — Le malade se plaint de nouvelles douleurs.

2 mai. — L'injection est augmentée. Malgré la défense, le malade avait lu. Trouble du corps vitré et du liquide de la chambre antérieure. La papille devient plus rouge et ses limites assez peu nettes. $V=20/40$.

3 mai. — L'œil est moins rouge, mais il y a encore de l'injection. La rougeur diminue jusqu'au 8 mai, puis après augmentation. Plus de douleurs. On maintient la pupille dilatée par l'atropine.

11 mai. — Le malade a eu de fortes douleurs le matin ; elles diminuent un peu dans la journée. La pupille est rétrécie.

Ventouse, atropine.

13. — Amélioration notable. L'injection diminue ; la pupille se dilate. Une injection totale se manifeste soudainement.

23 mai. — Douleurs lancinantes. Pupille rétrécie. L'œil devient sensible à la pression, est très rouge. La rougeur diminue assez rapidement. La pupille ne se dilate plus

facilement ; il y a de nombreuses synéchies. L'iris est fortement bombé en avant. L'œil devient plus pâle. Le malade se lève le 15 juin et porte des lunettes bleues. Il compte les doigts à une distance de 4 pieds.

12 septembre. — $V=12/200$. Synéchie totale. Le champ de la pupille est couvert de dépôts fibrineux. L'iris est repoussé en avant.

13 mars 1886. — Bulbe droit complètement atrophié. Œil gauche $V=8/200$. Le bulbe gauche ne présente plus d'irritation. L'iris est un peu atrophié. Le corps vitré est encore un peu trouble, cependant on aperçoit un peu la pupille.

Le malade croit que son œil est devenu meilleur dans le courant du mois.

OBSERVATION X

(*Schweigger. Arch. für Augenheilk., t. XV, 1885.*)

Anna B .. 20 ans, fut atteinte il y a un an d'une ophtalmie à rechutes fréquentes sur l'œil droit. Lors de son entrée le 21 juillet 1881, il existait une inflammation intense datant de 3 semaines. A droite les paupières sont rouges, gonflées et tenues presque constamment fermées. Injection péricornéenne violente avec gonflement inflammatoire modéré de la conjonctive. Le bord pupillaire adhère pas toute sa circonférence à la cristalloïde ; la périphérie de l'iris est hérissée de bosselures ; en avant cette membrane est décolorée et garnie de quelques taches noires disséminées. La région ciliaire est très sensible au toucher, l'œil est le siège de violentes douleurs qui gagnent toute la moitié de la tête jusqu'à l'occiput. Pas de photophobie.

A gauche œil sain avec V. 5/6.

Le même jour, on pratique la résection du nerf optique sur l'œil droit.

Le 22 juillet, douleurs modérées sur l'œil opéré, mais l'hémicranie si violente a disparu.

Le 2 août, on constate, en examinant l'œil gauche, une réduction modérée de l'acuité visuelle jusqu'à $1/2$ et $1/3$. - 0,4 est lu à 0,20 centimètres avec quelque difficulté. Champ visuel libre. Les limites de la papille paraissent complètement effacées. La surface du nerf optique et la rétine avoisinante ont une teinte gris clair, opaque et sont légèrement gonflées; les vaisseaux rétiens fortement tortueux sont en partie voilés par l'opacité du tissu qui les recouvre. Près du nerf optique une petite hémorragie.

On fit d'abord prendre à la malade du salicylate de soude. Déjà après huit jours, on constate une amélioration sensible de la vision. L'opacité et le gonflement de la rétine disparurent peu à peu en 4 semaines. Finalement, l'œil revint à V. - 5/6.

Deux ans après (octobre 1883), je revis la malade. L'œil droit est resté indemne de récurrence et n'est pas atrophié. La sensibilité de la cornée est beaucoup plus obtuse qu'à l'autre œil. Le gauche est normal à l'ophtalmoscope. V. - 5/6.

La résection ne donne donc pas, comme le prétend M. de Wecker, une sécurité complète au malade, puisque faite préventivement, elle n'a pu dans plusieurs cas empêcher le développement de l'ophtalmie sympathique.

Schweigger qui en 1885, avait déjà fait cent résections a vu deux fois l'ophtalmie sympathique survenir de 12 à 15 jours après l'opération,

Le docteur Krones (1) cite aussi un cas où ayant fait la résection du nerf optique chez un jeune homme de 17 ans pour prévenir les accidents sympathiques, ceux-ci se manifestèrent quand même, et diminuèrent après l'énucléation.

Le résection donnant déjà des résultats peu satisfaisants comme traitement préventif de l'ophtalmie sympathique doit, à plus forte raison, être insuffisante, lorsque l'affection est déclarée. C'est ce que montre l'observation suivante, recueillie à la clinique ophtalmologique de Nancy.

OBSERVATION XI (INÉDITE).

Auguste Pierrot, 48 ans, cocher.

17 avril 1891. — Il y a cinq ans, le malade s'aperçut que son œil droit devenait rouge et que la vue diminuait de ce côté, il n'éprouvait cependant aucune douleur. Depuis cette époque, la vue a continué à baisser insensiblement, et depuis six mois la vision de l'œil droit est presque complètement abolie ; il distingue encore le jour de la nuit.

Depuis trois semaines environ il est survenu des douleurs assez vives au-dessus des deux orbites et la vue du côté gauche a commencé à s'affaiblir légèrement. Le malade se plaint d'avoir continuellement un brouillard devant l'œil et de voir de nombreuses mouches volantes.

L'œil droit n'est ni douloureux spontanément, ni sensible à la pression. Injection péricornéenne intense, la cor-

(1) Emile Berger. Anatomie normale et pathologique de l'œil. Paris, 1889.

née est très opaque, le bulbe très rouge ; synéchies totales de la pupille. Commencement d'atrophie antérieure du globe.

L'œil gauche présente une légère injection péricornéenne, la conjonctive est rouge, l'iris déformé ; l'œil est sensible à la pression.

On propose au malade la résection du nerf optique.

Anesthésie par le chloroforme. On sectionne le muscle droit interne après avoir préalablement passé dans ses deux extrémités des fils destinés à le réunir par une suture. On saisit le nerf optique sur un crochet à strabisme et on le sectionne aussi loin que possible. A l'aide d'une pince saisissant le nerf optique, on fait exécuter à l'œil une rotation en dehors, puis on coupe de nouveau le nerf au niveau de la sclérotique. On remet l'œil en place, et on fait la suture du droit interne. La résection a été faite sur une longueur de 6 à 7 millimètres.

L'opération ne présente aucune difficulté. Aussitôt après il y eut une légère proscidence de l'œil.

Pansement iodoformé, bandeau compressif.

20 avril. — Le lendemain de l'opération, le malade a eu d'assez fortes douleurs dans l'œil opéré.

L'œil gauche n'est plus sensible à la pression, il présente encore une légère injection péricornéenne. Pendant la nuit, le malade a encore eu quelques douleurs sus orbitaires. Il n'a plus de brouillard devant l'œil, mais il voit encore quelques mouches volantes.

Œil droit : chémosis considérable, le globe est très rouge, la cornée est très opaque et renferme du pus. Hyopion. L'exophtalmie a disparu.

Traitement : compresses chaudes, lavages à l'acide borique.

22 avril. — Le chémosis a disparu ; la conjonctive est

toujours très rouge. On coupé les fils du muscle ; la suture est parfaite, l'œil n'est pas dévié.

Œil gauche. Plus d'injection péricornéenne, plus de douleurs, plus de brouillards, le malade voit encore par moments quelques mouches volantes.

A l'ophtalmoscope, on trouve le fond de l'œil normal ; sur le cristallin il y a quelques adhérences iriennes.

Traitement : atropine.

24 avril. — L'œil droit est toujours très rouge ; cornée opaque, hypopion.

Œil gauche. Plus de mouches volantes. La pupille dilatée par l'atropine présente une synéchie à sa partie inférieure.

27 avril. — Œil droit, même état.

L'œil gauche va toujours mieux ; plus de douleurs. Depuis qu'il met de l'atropine, le malade a toujours un brouillard devant l'œil. V-1/3.

29 avril. — L'œil droit tout en restant dans le même état, devient un peu douloureux à la pression.

Œil gauche. Le malade voit de nouveau des mouches volantes. Trouble du corps vitré. Inégalité de la pupille. V-1/2.

On continue l'atropine.

4 mai. — Le bulbe droit est resté très rouge ; il y a toujours du pus dans la chambre antérieure et dans la cornée.

L'œil gauche est de nouveau douloureux et très sensible à la pression. Le brouillard devant l'œil est revenu V-1/2. On propose au malade l'énucléation.

6 mai. — Même état V-1/3.

Enucléation de l'œil droit.

8 mai. — Il existe encore une légère rougeur de la con-

jonctive, mais beaucoup moins intense. L'œil n'est plus douloureux ; l'injection péricornéenne diminue un peu V-1/2.

15 mai. — Plus de douleurs. Le brouillard existe toujours devant l'œil, mais il n'y a plus de mouches volantes. La conjonctive est toujours un peu rouge. V-1/2.

Traitement : atropine, frictions avec onguent mercuriel.

26 mai. — L'état restant stationnaire, on fait une injection sous-conjonctivale de sublimé.

19 juin. — Le malade auquel on a fait 4 injections de sublimé va tout à fait bien.

L'œil n'est plus rouge, et n'est plus douloureux.

Nous voyons donc que, dans cette observation, la résection a été impuissante pour arrêter l'évolution de la maladie. Après une amélioration passagère, l'ophtalmie sympathique a repris sa marche, et l'on fut obligé de recourir à l'énucléation.

A quelle cause doit-on attribuer à ces succès ? A notre avis, elle réside dans l'insuffisance même de l'opération. M. de Wecker regarde la gaine lymphatique du nerf optique comme la seule voie de transmission de l'infection. Mais ne pourrait-il pas y avoir d'autres lymphatiques qui communiquent entre les deux orbites ? « Si l'on réfléchit, » dit Scheffils (1) combien de fois après des opérations accompagnées d'effusion de sang dans

(1) Scheffils. Ueber Sehnerven résection (Klin. Monatsbl. für. Augenheilk. p. 197 1890.

« une orbite, on observe après quelques jours des
« sugillations sanguines des paupières et de la
« conjonctive de l'autre œil, sans coloration san-
« guine à la racine du nez, on peut être disposé à
« conclure qu'il existe aussi dans la partie anté-
« rieure de l'orbite des voies lymphatiques com-
« muniquant avec l'autre orbite ».

Les expériences entreprises par Gifford, avaient d'ailleurs déjà montré, que dans un cas, la transmission de l'ophtalmie sympathique s'était faite non par les gaines lymphatiques du nerf optique, mais par un sentier encore indéterminé conduisant en avant dans l'espace de Tenon et de là dans la cavité crânienne.

D'autres expériences faites par Mazza, Randolph (1) etc. avaient montré aussi que souvent les gaines du nerf optique ne présentaient aucune trace du passage de l'agent infectieux, et qu'il devrait y avoir d'autres voies de transmission.

Les observations que nous avons citées, dans lesquelles l'ophtalmie sympathique s'est déclarée malgré la résection viennent donner une preuve nouvelle aux assertions des auteurs qui expérimentèrent après Deutschmann.

En effet, la gaine de nerf optique étant interrompue, et ne pouvant plus servir de chemin à

(1) Randolph (de Baltimore) Archiv. für Augenheilk. p. 159, 181, 1890.

l'agent infectieux, il faut donc que la propagation se soit faite par une autre voie, puisque des accidents sympathiques sont cependant survenus dans l'autre œil.

Par le fait même que la résection du nerf optique ne supprime pas toutes les voies de transmission, elle doit être regardée comme insuffisante pour prévenir l'ophtalmie sympathique.

PARALLÈLE ENTRE L'ÉNUCLÉATION ET LA RÉSECTION

Il nous reste maintenant à comparer la résection du nerf optique à l'énucléation. Nous n'y consacrerons qu'un court chapitre, l'étude que nous venons de faire de la résection montrant déjà la valeur de ce procédé, et l'énucléation étant suffisamment connue.

Tout d'abord un point de vue des dangers, l'énucléation paraît à peine plus grave que la résection.

Pendant l'opération, il peut se présenter dans chacun de ces procédés un certain nombre d'accidents dont le plus sérieux est la perforation du globe. De peu d'importance dans l'énucléation, où il suffit de recourir à une large irrigation antiseptique pour empêcher toute infection de la plaie orbitaire par le pus de la panophtalmie, cet accident présente plus de gravité dans la résection, car il amènera presque toujours une atrophie plus ou moins complète de l'œil, même si l'organe n'est pas supprimé.

Les autres accidents pouvant survenir pendant l'énucléation méritent à peine d'être signalés. Ce sont : la déchirure de la conjonctive qui peut se

produire lorsqu'il y a des adhérences ; la section des téguments de l'angle palpébral externe que l'on évite facilement en sectionnant le nerf optique par la partie interne.

Après l'opération. — Nous avons déjà vu qu'après la résection il se produit toujours une hémorrhagie plus ou moins abondante. Il en est de même après l'énucléation. La plupart du temps dans cette dernière opération, on s'en rend facilement maître par un pansement compressif. Cependant elle peut être la source d'accidents assez sérieux lorsqu'on fait la suture de la conjonctive. Ne trouvant pas d'issue au dehors, le sang filtre dans le tissu cellulaire de l'orbite et peut ainsi provoquer des phénomènes inflammatoires,

C'est pour éviter cet accident que M. Panas (1) recommande le drainage de la cavité. A la clinique ophthalmologique de Nancy, M. Rohmer emploie depuis plusieurs années un procédé qui n'a pas les inconvénients du drain et qui lui a donné toujours de bons résultats (2).

Appliquant à la suture en bourse le principe de la réunion primo-secondaire, il porte le fil comme dans l'opération habituelle ; mais au lieu de serrer la suture et d'affronter le bord libre de

(1) Bettremieux. L'énucléation du globe avec lavages antiseptiques, sutures et drainage. Arch. d'ophth. 1885. T. V. p. 363.

(2) Rohmer. De l'antiseptie en oculistique. Arch. d'ophth. 1887. T. VII p. 332.

la conjonctive, il laisse l'ouverture béante et ne serre le fil de catgut que le lendemain. De cette façon, si un épanchement vient à se faire dans la cavité orbitaire, le sang trouve une libre issue au dehors, et l'infiltration du tissu cellulaire est évitée.

On voit donc en résumé que l'hémorrhagie après l'énucléation n'est pas bien redoutable puisqu'il est facile d'éviter les accidents qu'elle pourrait produire.

Il n'en est pas de même après la résection où, en raison des dispositions anatomiques, elle peut prendre un caractère spécialement dangereux : le sang s'épanche dans une loge limitée en avant par le globe de l'œil, en arrière et sur les côtés par la cavité orbitaire ; n'ayant aucune issue du côté de cette paroi, il cherche à se créer une voie en avant ; l'œil est repoussé en dehors, et pressé d'un côté en avant par les paupières, en arrière par le sang s'épanchant dans une cavité inextensible, il se sphacèle.

Cet accident n'a pas encore été observé à la suite de la résection, mais il doit cependant être pris en considération.

Méningite. — L'accident le plus sérieux pouvant survenir après l'énucléation est à coup sûr la méningite. Depuis le premier cas de mort annoncé en 1863 par A de Graefe au congrès de Heidelberg,

plusieurs autres cas semblables ont été observés, et en 1889, Siffre (1) dans sa thèse arrive à en réunir 45.

Ce sont ces complications méningées qui ont fait regarder par quelques auteurs, l'énucléation comme une opération grave. Mais il faut d'abord remarquer qu'un certain nombre de cas de mort cités à la suite d'énucléation remontent à une époque où le chirurgien n'était pas armé comme aujourd'hui contre l'envahissement des germes infectieux. D'un autre côté en analysant avec impartialité les faits on voit qu'un certain nombre de ces cas ne peuvent être mis sur le compte de l'opération. Tels sont les deux cas cités par Vignaux (2) ; un cas de Griffith (3) où l'ablation fut faite pour un sarcome ulcéré volumineux ; un cas de M^r Rohmer (4) où il existait un épithélioma de l'œil. Dans un cas rapporté par Waren Tay (5) les accidents méningitiques ont éclaté avant l'opération. D'autres fois, la méningite est survenue chez des sujets prédisposés (Dor, Chevallereau).

Enfin, l'énoncé du chiffre des morts sans indication du total des opérations n'a aucune valeur

(1) Siffre. De l'énucléation dans la panophthalmie. Th. de Montpellier, 1889.

(2) Vignaux. Th. de Paris, 1877.

(3) Griffith. Bul. ned. 7. décembre 1884.

(4) Etienne. Th.. de Nancy 1886.

(5) Tay. Ophth. Soc. 1886.

en statistique ; il faut comparer ces insuccès au grand nombre d'énucléations qui ont été faites, et alors on restera convaincu de la bénignité de l'opération.

Ainsi dans la statistique de Vignaux, les deux cas de mort ont été constatés sur un total de 300 malades.

MM^r Dor et Galezowski ont eu chacun 2 cas de méningite, le premier sur plus de 300, le second sur 600 opérés.

Dransart de Somain sur 700 énucléations, n'a jamais eu d'accidents.

A la clinique de Vienne, Von Arlt a pratiqué 1000 énucléations sans un seul décès.

A Moorfield's Hospital, Netleship n'a rencontré qu'une seule issue léthale sur plus de 1,000 énucléations.

De 1868 à 1888, à la clinique ophthalmologique de New-York sur 1,160 cas, aucun décès (1).

En présence de ces chiffres on peut donc avec la plupart des auteurs regarder l'énucléation comme une des opérations les plus bénignes de la chirurgie.

Jusqu'ici aucun accident semblable n'a été observé après la résection, et au premier abord on serait porté à en conclure qu'elle est beaucoup

(1) Noyes. — Transactions of the American ophthalmological Society, 25^e session annuelle 1890.

moins grave que l'énucléation. Mais de pareilles conclusions seraient peut-être téméraires, car si on a pratiqué des milliers d'énucléations on n'a encore fait que quelques résections, et c'est ce qui explique pourquoi l'on n'a pas encore rencontré d'accidents inflammatoires sérieux. D'ailleurs, il n'est pas impossible que ceux-ci puissent se produire, le traumatisme de l'opération créant derrière le globe de l'œil un terrain favorable au développement des phénomènes inflammatoires, témoin l'observation publiée par M. le docteur Troussseau.

Enfin, si l'on considère la mutilation à laquelle est exposé le malade que l'on traite pour une ophthalmie sympathique, l'avantage restera en apparence à la résection. On peut ainsi quelquefois conserver à l'œil sa forme, son aspect extérieur, ses mouvements et c'est un résultat très avantageux lorsqu'on a affaire à un œil en bon état apparent n'ayant pas été déformé par une suppuration antérieure ou par l'atrophie. Cependant il n'est pas absolument certain qu'après la résection, l'œil opéré reste intact, il pourra survenir dans la suite une déformation plus ou moins grande du globe par suite de la suppression d'une partie de ses vaisseaux (1).

(1) A la suite d'une série d'expériences chez le lapin et chez le chien pour étudier la nutrition de l'œil, le docteur Wagenmann de Heidelberg est arrivé aux conclusions suivantes :

Mais lorsque l'œil sympathisant est staphylomateux ou qu'il ne reste qu'un moignon plus ou moins atrophié, le bénéfice n'est plus aussi évident, et souvent le malade préférera un œil artificiel à l'organe disgracieux qui lui reste.

En résumé, nous voyons qu'à chances égales on pourrait encore hésiter entre la résection et l'énucléation, celle-ci n'étant pas plus dangereuse que la première. Mais la comparaison des résultats fournis par les deux procédés va nous montrer combien l'énucléation est supérieure à la résection.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, la

1° Section du nerf optique avant l'entrée de l'artère centrale : Au début on ne constate aucun changement à l'ophtalmoscope. Après quelques jours il se présente une coloration blanche de la pupille et après 4 semaines environ. un commencement d'atrophie des fibres nerveuses de la rétine. Dans la suite, l'atrophie augmente d'une façon générale, de sorte qu'au bout de quelques mois les cellules nerveuses ont pour ainsi dire complètement disparu. La papille présente une augmentation de l'excavation (atrophie). La circulation de la rétine ne change pas. La rétine, après quelques mois apparaît comme un voile gris. Anatomiquement on peut suivre l'atrophie des fibres nerveuses. La dégénérescence attaque les cellules nerveuses mais si lentement qu'après 6 mois on en trouve encore quelques-unes bien conservées.

2° Section du nerf optique et des vaisseaux de la rétine. A l'ophtalmoscope, il se présente une pâleur subite de la papille, et une modification dans les vaisseaux de la rétine où il se produit une prompte rupture de la colonne sanguine. Environ 2 semaines après, il se reforme une circulation complète. La marche de l'atrophie des cellules nerveuses est la même que dans la section simple du nerf optique avant l'entrée de l'artère centrale.

3° Après la section de la moitié des artères ciliaires courtes et longues, section qui est bien supportée par l'œil sans que sa forme en souffre, il se produit une dégénérescence rapide de toutes les cou-

résection préventive n'a encore été pratiquée qu'un petit nombre de fois, et déjà elle présente plusieurs insuccès.

Sur dix observations que nous citons, les accidents sympathiques se déclarèrent trois fois.

Le docteur Krones rapporte aussi un insuccès.

Schweiger, qui est le seul ayant publié un assez grand nombre d'observations, a eu deux insuccès sur cent cas.

A côté de ces quelques résections, des milliers d'énucléations préventives ont été pratiquées, et

ches de la rétine. Quelques heures après la section, la rétine présente à l'ophtalmoscope un aspect gris blanc. La circulation de la choroïde se rétablissant après peu de jours, toute la moitié de la rétine ne dégénère pas. Dans la partie de la rétine intéressée on trouve les degrés les plus divers d'une dégénérescence jusqu'à l'atrophie complète.

Les couches extérieures sont atteintes les premières et le plus profondément. La partie de la rétine qui est dégénérée présente de la pigmentation.

4. Si l'on coupe le nerf optique avec les vaisseaux de la rétine, et en même temps les vaisseaux ciliaires d'un côté, il se produit alors en dehors de la dégénérescence ordinaire de la rétine, une atrophie rapide des cellules nerveuses de ce côté, tandis que les cellules nerveuses de l'autre moitié de la rétine s'atrophient de la façon ordinaire.

5. La section de tous les vaisseaux ciliaires et du nerf optique avec les vaisseaux rétiens produit une nécrose, et une prompte atrophie de toute la rétine et des cellules nerveuses. Après quelques jours la rétine n'est presque plus reconnaissable ; il se produit une masse de petits corpuscules de pus dans le bulbe nécrosé.

(Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der circulation in den Netzhaut- und Aderhautgefässen auf die Ernährung des Auges, insbesondere der Retina, und über die Folgen der Sehnervendurchschneidung von D^r A. Wagenmann Privatdocent und erstem Assistenten der Universitäts Augenklinik zu Heidelberg.

Græfes Archiv. für opht. T. XXXVI, IV.

la plupart des ophthalmologistes sont d'accord pour regarder cette opération comme offrant une sécurité complète contre les accidents sympathiques non encore déclarées.

Ici en effet on supprime le foyer d'infection avant que l'agent migrateur ait envahi les voies qui conduisent au deuxième œil, il ne peut donc plus y avoir propagation de la maladie.

Dans la résection au contraire, le foyer d'infection est toujours là. La voie de communication par la gaine du nerf optique est, il est vrai, supprimée, mais comme elle n'est pas la seule, il est facile de voir que les germes infectieux pourront toujours à un moment donné envahir le second œil.

Lorsque l'ophtalmie sympathique s'est déjà déclarée, la résection déjà impuissante comme traitement primitif, doit encore l'être davantage comme traitement curatif. L'observation XI nous montre en effet qu'après une légère amélioration, la maladie a continué son évolution.

L'énucléation elle-même n'est plus aussi efficace que lorsqu'elle est faite préventivement, et les résultats obtenus sont assez variables suivant la gravité des lésions déjà produites.

a) *Irritation sympathique.* — Dans les accidents sympathiques se traduisant par de simples troubles fonctionnels : photophobie, larmolement, blé-

pharospasme, l'énucléation amène presque toujours la guérison.

Ainsi Mooren a obtenu la guérison seize fois sur seize.

Rossander trente trois fois sur trente trois.

Rheindorf sur vingt huit cas, a eu vingt sept guérisons, une aggravation.

Vignaux sur quarante huit cas, quarante trois guérisons, trois guérisons incomplètes, deux succès.

b) Inflammation sympathique bénigne. — (Retinite, iritis séreuse, etc.). Dans ce second groupe, les résultats donnés par l'énucléation quoique moins bons que pour l'irritation sympathique sont encore assez favorables.

Vignaux sur 15 cas d'iritis et d'irido-cyclite a trouvé 12 guérisons ou améliorations.

Rheindorf, sur 27 observations ne cite que 2 cas de cécité.

Roland de Mont-de-Marsan sur 11 observations de kératite sympathique a trouvé 11 guérisons.

Mooren sur 15 cas accuse 9 guérisons et 6 aggravations.

Reclus (1) sur 22 cas d'irido-choroïdites séreuses et kératites sympathiques trouve 17 guérisons et 5 aggravations.

(1) Reclus. Thèse d'agrégation. Paris 1878.

c) *Inflammation sympathique maligne*. — Lorsque l'irido-choroïdite est plastique, que des dépôts abondants se forment dans la chambre antérieure, l'insuccès est la règle. Cependant on rencontre quelques observations de guérisons.

Vignaux sur 16 cas d'iritis plastique note 6 guérisons ou améliorations.

Au Congrès de Cambridge en 1880, Andrew (1) cite un cas d'irido-cyclite maligne guérie par l'énucléation.

Rogman (2) cite également 2 guérisons.

Steinheim (3) a eu un cas d'iritis maligne guéri par l'énucléation. Reclus cite un cas d'irido-choroïdite plastique où l'énucléation amena une amélioration notable.

Ces quelques statistiques montrent que l'énucléation a une grande valeur comme traitement de l'ophtalmie sympathique. Faite préventivement, elle s'oppose au développement des accidents sympathiques. Comme traitement curatif, elle guérit presque toujours l'irritation sympathique, fort souvent les formes bénignes, et quoiqu'elle soit souvent impuissante contre les formes malignes, on est encore en droit de l'employer, puisque dans certains cas la guérison a été obtenue.

(1) Andrew. Ann. d'oc. 1880 p. 243.

(2) Rogman. Ann. d'oc. 1884 p. 1881.

(3) Steinheim Arch. f. Augenheilk. vol. IX. 2.

D'une façon générale, l'énucléation nous semble donc préférable à la résection. Elle n'offre pas plus de dangers. Comme traitement préventif et curatif, elle lui est de beaucoup supérieure.

CONCLUSIONS

1° La résection simple du nerf optique est insuffisante comme traitement préventif de l'ophtalmie sympathique.

2° Elle n'empêche pas davantage l'évolution des accidents sympathiques une fois déclarés.

3° Il est donc bon de ne pas s'endormir dans une fausse sécurité, et de ne pas attribuer à cette opération, en apparence récente, en réalité étudiée déjà et abandonnée il y a quelques années, une sécurité qu'elle ne peut offrir.

4° L'énucléation est encore jusqu'ici le meilleur traitement, et c'est à cette opération que l'on devra donner la préférence dans l'état actuel de la question.

Vu :

Nancy, le 15 juillet 1891.

Le Président de la Thèse,

HEYDENREICH.

Vu :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 15 juillet 1891.

Le Recteur,

M. MOURIN.

